

妊娠・子育て支援のためのアンケート

吹田市では、安心して出産・子育てをしていただくために、妊娠中から出産後まで切れ目なくサポートを行っています。その際にこのアンケートを活用させていただきますので、差支えのない範囲でご記入ください。後日、助産師・保健師から様子をお伺いする場合がありますので、ご了承ください。

同居家族 氏名		続柄	年齢	職業・所属園等	備考
		妊婦本人	歳		
		夫・パートナー	歳		
			歳		
			歳		
			歳		
			歳		
緊急連絡先をご記入ください（妊婦ご本人が18歳未満の場合必ずご記入ください）。					
氏名（年齢） (歳)		住所		連絡先	
1	今回の妊娠は順調ですか		☐ はい ☐ いいえ（内容：		
2	今までの妊娠・出産は順調でしたか		☐ はい ☐ いいえ（内容： ☐ 今回が初めての妊娠		
3	妊婦健診の受診及び出産する医療機関は決まっていますか		☐ はい ☐ 未定 妊婦健診受診医療機関名：（ 出産する医療機関名： ☐ 同上 ☐ 上記以外（		
4	妊婦さんの今の気持ちはいかがですか		☐ うれしい ☐ 複雑な気持ち ☐ 困った ☐ 不安 （理由：		
5	婚姻していますか		☐ はい ☐ 入籍予定あり（ 年 月頃） ☐ 入籍予定なし		
6	転居の予定がありますか		☐ いいえ ☐ はい（ 年 月頃 へ転居予定）		
7	援助してくれる人がいますか		☐ はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他） ☐ いいえ		
8	里帰り出産の予定がありますか		☐ いいえ ☐ はい（ 里帰り先（ ） ☐ 未定		
9	今までに身体やこころの不調で、治療されたことや相談したことはありますか		☐ いいえ ☐ はい { こころの不調（疾患名： 甲状腺疾患・心臓病・高血圧・糖尿病・婦人科系疾患 その他（ ☐ 完治 ☐ 治療中 ☐ カウンセリング経験有		
10	この1年間に2週間以上続く、眠りにくい、イライラする、涙ぐみやすい、やる気がしない等の症状がありましたか		☐ いいえ ☐ はい（内容：		
11	現在、たばこを吸いますか		☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた（吸っていた本数 本/日） ☐ はい（ 本/日）		
12	同居の方はたばこを吸いますか		☐ いいえ ☐ はい（夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他）		
13	現在、アルコールを飲みますか		☐ いいえ ☐ はい		
14	経済的な不安はありますか		☐ いいえ ☐ はい（内容：		
15	何か相談したいことはありますか		自分の体のこと・育児のしかた・経済的なこと・夫（パートナー）との関係 上の子どもの育児・家族関係・協力者・仕事との両立・たばこ・アルコール・薬 その他（		